

**Tiszaág Integrált Szociális Intézmény Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye**  
5200 Törökszentmiklós, Deák Ferenc út 100.  
Telefon: 56/ 391-965

**Kérelem**  
**szociális intézményi ellátás igényléséhez**

**1. Az ellátást igénylő adatai:**

Név: .....

Születési név: .....

Anyja születési neve: .....

Születési hely: .....

Születési idő: .....

Az ellátást igénylő állampolgársága: .....

Bejelentett lakóhely: .....

.....  
Bejelentett tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

Telefonszám: .....

E-mail cím: .....

**2. Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő**

Név: .....

Születési név: .....

Bejelentett lakóhely: .....

.....  
Bejelentett tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

Telefonszám: .....

E-mail cím: .....

### 3. Megnevezett hozzátartozó:

Név: .....

Születési név: .....

Bejelentett lakóhely: .....

Bejelentett tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

Telefonszám: .....

E-mail cím: .....

Rokonsági fok: .....

### 4. A kérelmező nagykorú gyermekének, illetve gyermekeinek:

Név	Születési név	Telefonszám	Lakóhely	Tartózkodási hely vagy értesítési cím

-----  
az ellátást kérelmező aláírása

-----  
az ellátást kérelmező  
törvényes képviselőjének aláírása

### 5. A kérelmező: (kérem, aláhúzással jelölje)

- A) cselekvőképes
- B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott
- C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

**6. Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e:** (kérem, aláhúzással jelölje)

igen

nem

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név: .....

Születési név: .....

Bejelentett lakóhely: .....

Bejelentett tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

Telefonszám: .....

E-mail cím: .....

**7. A kérelem benyújtásának oka:** (kérem, aláhúzással jelölje, több ok is jelölhető)

- Az önellátó képesség csökkenése, illetve elvesztése
- Jövedelmi, megélhetési okok
- A család ellátó képességének csökkenése, illetve elvesztése
- Mentális, vagy pszichés problémák
- Lakhatással kapcsolatos problémák
- Egyéb, és pedig: .....

.....

**8. A kért intézménytípus megjelölése az igények sorrendjében:**

Intézményi ellátás típusa	Telephely neve és címe	Igény jelölése
pszichiátriai betegek otthona	<i>Tiszaág Integrált Szociális Intézmény Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye</i> (5200 Törökszentmiklós, Deák Ferenc út 100.)	
pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye	<i>Tiszaág Integrált Szociális Intézmény Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye</i> (5200 Törökszentmiklós, Deák Ferenc út 100.)	
idősek otthona	<i>Angolkert Idősek Otthona Fegyvernek</i> (5213 Fegyvernek, Angolkert út 1.)	
fogyatékos személyek otthona	<i>Fenyves Otthon Kenderes</i> (5349 Kenderes-Bánhalma, Tanya 34.)	
fogyatékos személyek otthona	<i>Gólyafészek Otthon Karcag</i> (5300 Karcag, Zöldfa utca 48.)	
fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona	<i>Orgonafa Lakóotthon Kunhegyes</i> (5340 Kunhegyes, Tomaj utca 5/a.)	
fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona	<i>Tulipánfa Lakóotthon Kunhegyes</i> (5340 Kunhegyes, Jósika utca 1.)	
fogyatékos személyek nappali ellátása	<i>Fenyves Otthon Kenderes</i> (5349 Kenderes-Bánhalma, Tanya 34.)	
fogyatékos személyek nappali ellátása	<i>Azúr Ház Támogatott Lakhatás Dévaványa</i> (5510 Dévaványa, Virág utca 1.)	
támogatott lakhatás	<i>Harangláb Ház Kunhegyes</i> (5340 Kunhegyes, Nagykakatszél utca 10.)	
támogatott lakhatás	<i>Kék Hold Ház</i> (5510 Dévaványa, Hold u. 1.)	

**9. Soron kívüli elhelyezést kér-e:** (kérem, aláhúzással jelölje)

igen

nem

Igen válasz esetén, kérem indokolja:

.....

.....

.....

.....

**10. Az ellátás időtartama:** (kérem, aláhúzással jelölje, a határozott időt pontosan jelölje meg, pl.3 hónap)

határozott, .....

határozatlan

**11. A kérelem előterjesztésének, vagy a beutaló határozat beérkezésének időpontja:** (az intézmény tölti ki)

.....

**12. Az előgondozás lefolytatásának időpontja:** (az intézmény tölti ki)

.....

**13. Egyéb közlendő:**

.....

.....

.....

## Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről

### NYILATKOZAT

Alulírott: .....

Szül. hely, idő: .....

Lakcím: .....

Telefonszám: .....

Mobil telefonszám: .....

E-mail cím: .....

hozzájárok **Tiszaág Integrált Szociális Intézmény Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye** (továbbiakban: Adatkezelő) részére fenti személyes adataim kezeléséhez, illetve az átadott orvosi és szociális jövedelmi állapotomra vonatkozó dokumentumok másolatának nyilvántartásba, illetve tárolásba vételéhez az alábbi feltételekkel.

A Szolgáltató adatkezelésére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény irányadó. Az adatszolgáltatás önkéntes. Az adatkezelés célja az Intézmény által biztosított egészségügyi és szociális ellátás illetve gondozási feladatok igénybevétele céljából, az idevonatkozó törvényi előírások betartása mellett. Adatkezelő által vállalt szolgáltatások és kötelezettségek teljesítése, jogok érvényesítése, az ügyfél, azonosítása, az Ügyféllel való kapcsolattartás és kommunikáció.

További személyes adatok kezelése törvényi felhatalmazáson alapulhat, amelynek célja jogszabályi kötelezettségek teljesítése. Kezelt adatok: adószám, adóazonosító jel, TAJ szám, bankszámlaszám stb.

Hozzájárulok, hogy az Adatkezelő részemre postai úton levelet, elektronikus úton e-mailt küldjön. Ezen hozzájáruló nyilatkozat vonatkozik a kezelt adatok harmadik személy részére történő átadására, amennyiben ezt jogi alap megléte, illetve szerződési kötelezettség teljesítése érdekében történhet. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható, amely magával vonhatja az Intézmény által biztosított szolgáltatás estleges megszűnését. Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg. Aláírással igazolom, hogy a személyes adataim felhasználásáról szóló Adatvédelmi tájékoztatót megismertem, megértettem, és azok tartalmát teljes mértékben elfogadom, az általam itt megadott adatok a valóságnak megfelelnek és hozzá járulok ahhoz, hogy szociális ellátás és gondozás összefüggésében az általam megadott személyes adatokat kezelje.

Kelt:, ....., .....év ..... hónap .... nap

.....  
Nyilatkozattevő aláírása

**„B”  
Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**1.) Átmeneti elhelyezést, ápolást- gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:**

1.1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

1.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással BNO kóddal):

1.3. Prognózis (várható állapotváltozás):

1.4. Ápolási-gondozási igények:

1.5. Speciális diétára szorul-e:

1.6. Szenvedélybetegségben szenved-e:

1.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

1.8. Szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke) :

1.9. Időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

1.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb), Valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

**2.) A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

.....  
.....

Dátum:

.....  
Orvos aláírása

P.H.

**Tiszaág Integrált Szociális Intézmény Jász-Nagykun-Szolnok Vármegye**

5200 Törökszentmiklós, Deák Ferenc út 100.

Telefon: 56/ 391-965

Tisztelt Háziorvos/Kezelőorvos!

A szociális szolgáltatások körébe tartozó idős emberek bentlakásos otthonainak, igénybevételének jogosultsági feltételének megállapítása változott az 55/2015.(XI.30.) EMMI rendelet alapján, amely módosította 36/2007.(XII.22.) SZMM rendeletet is. A rendelet szerint az önellátó képességet felmérő táblázat **1/2/9/12. pontjait a Háziorvosnak/Kezelőorvosnak**, a többi részét az Intézmény Igazgatójának, vagy általa meghatalmazott személynek kell kitöltenie.

Kérem szíves együttműködését a mellékelt táblázat kitöltésében.

Bíró Mónika  
Igazgató

**Értékelő adatlap**

Személyes adatok:

Név: .....

Szül. hely, idő: .....

Lakcím: .....

Törvényes képviselő neve, elérhetősége: .....

**Mérőtábla:**

sorsz	Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Háziorvos
1.	Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan		
2.	Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható-viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni		
3.	Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgáláshoz és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		



SORSZ	Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Háziorvos
4.	Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		
5.	Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségletit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		
6.	WC használat	0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladataiban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére		
7.	Kontinencia	0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul		
8.	Kommunikáció, Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki	0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel, vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes		
9.	Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel		

sorsz	Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Háziorvos
10.	Helyzetváltoztatás	0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes		
11.	Helyváltoztatás	0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes		
12.	Életvezetési képesség (Felügyelet igénye)	0: önálló 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet		
13.	Látás	0: Jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		
14.	Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		
	Fokozat	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		

Az Intézmény tölti ki: **Értékelés:**

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
I.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés.....pontja/ alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján fennálló napi gondozási szükséglet szerint:

szociális segítség, szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségügyi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 3/A § (1) bekezdés b, pont.....alpontja szerint egyéb körülmény alapján személyi gondozás idősoththoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

.....  
Intézményvezető/szakértő

.....  
orvos

### Felülvizsgálat

A gondozási szükséglet, valamint a z egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII.22.) SZMM rendelet 4§ (1) bekezdés .....pontja/ alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007.(XII.22.) SZMM rendelet 3/A §(1) bekezdés b) pont.....alpontja szerinti egyéb körülmény alapján
  - személyi gondozás
  - idősoththoni elhelyezés
- nyújtható.

Dátum:

.....  
fenntartó képviselője

.....  
orvos

**„C” JÖVEDELEMNYILATKOZAT**  
**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):**

**igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „D” Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

**nem**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

A jövedelem típusa	Nettó összege Ft
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

**Dátum:**

.....  
az ellátást kérelmező aláírása

.....  
az ellátást kérelmező  
törvényes képviselőjének aláírása

# „D” VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

## 1. A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatok:

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

## A nyilatkozó vagyona:

### 2. Pénzvagyon

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: ..... Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is:

..... Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe: .....

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: ..... Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:

.....

.....

Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!

### 3. Ingatlanvagyon

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ..... helyrajzi száma: ....., a lakás alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év      Becsült forgalmi érték: ..... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzendó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ..... helyrajzi száma: ....., az üdülő alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év      Becsült forgalmi érték: ..... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ..... címe: ..... helyrajzi száma: ....., alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év      Becsült forgalmi érték: ..... Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ..... címe: ..... helyrajzi száma:  
....., alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe ..... helyrajzi száma:  
....., alapterülete ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad ....., az átruházás ideje ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése ..... címe:  
..... helyrajzi száma: .....

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti , használati , földhasználati , lakáshasználati ,  
haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi értéke: ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

**Dátum:**

-----  
az ellátást kérelmező aláírása

-----  
az ellátást kérelmező  
törvényes képviselőjének aláírása